

Tumefacção Parotídea Bilateral com Crepitações Subcutâneas

Isabel Couto Guerra¹, Emília Costa¹, Helena Ferreira Mansilha¹, Rosa Lima¹

RESUMO

A presença de ar no interior da glândula parótida, designada por pneumoparótida, é uma causa rara de tumefacção parotídea e pode estar associada a vários factores desencadeantes.

Os autores apresentam o caso clínico de uma criança de 7 anos, sexo masculino, observada no Serviço de Urgência por tumefacção bilateral da região parotídea com algumas horas de evolução. O exame objectivo revelou a presença de crepitações subcutâneas e a radiografia e a ecografia demonstraram alterações compatíveis com a presença de ar na região parotídea. A evolução foi autolimitada, com resolução completa em 48 horas. A procura de um factor causal permitiu identificar que a criança teria estado a encher balões antes do aparecimento da sintomatologia.

O sucesso para um diagnóstico precoce assenta na identificação da presença de ar na região parotídea e na procura de um factor desencadeante, evitando a evolução para a cronicidade.

Palavras-chave: Enfisema subcutâneo; Pneumoparótida; Pneumosialadenite; Tumefacção parotídea

Nascer e Crescer 2010; 19(1): 17-19

INTRODUÇÃO

A tumefacção das glândulas parótidas pode resultar de variadas situações, nomeadamente infecções (víricas, bacterianas, fúngicas ou por micobactérias), neoplasias, hepatopa-

tias, doenças autoimunes, endócrinas ou granulomatosas⁽¹⁻³⁾. A pneumoparótida é uma causa rara de tumefacção parotídea uni ou bilateral, caracterizada pela presença de ar no interior da glândula, com ou sem inflamação⁽⁴⁾. Esta entidade, descrita pela primeira vez na segunda metade do século XIX (1865) por Hyrtl, tem sido referida na literatura médica sob várias denominações – pneumoparotidite, pneumosialadenite, parotidite cirúrgica ou anestésica, “*wind parotitis*” e “*pneumatocele glandulae parotis*”^(3,5,6).

CASO CLÍNICO

Criança do sexo masculino, sete anos de idade, com história de asma controlada com corticoterapia inalatória diária, que recorre ao Serviço de Urgência por tumefacção parotídea bilateral, ligeiramente dolorosa, com poucas horas de evolução. Encontrava-se medicado com amoxicilina oral em dose terapêutica, há 48h, por pneumonia da base direita, com evolução clínica favorável.



Figura 1 – Telerradiografia da face: áreas hipertransparentes nas regiões parotídeas.

Ao exame físico apresentava-se com bom estado geral, apirético, sem sinais de dificuldade respiratória. A auscultação pulmonar revelou sons respiratórios presentes bilateralmente, diminuídos na base direita, sem ruídos adventícios. Apresentava tumefacção parotídea bilateral, dolorosa à palpação e com crepitações subcutâneas. Na cavidade oral visualizavam-se as papilas parotídeas e várias cáries dentárias. Restante exame físico sem alterações de relevo.

Da investigação analítica efectuada destacava-se a presença de hiperamilasemia (1053U/l, para um normal entre 25-115), proteína C reactiva de 3,13mg/dl e hemograma normal, sem leucocitose. A glicose, ureia, creatinina e ionograma estavam normais. A telerradiografia da face revelou áreas hipertransparentes nas regiões parotídeas (figura 1) e a ecografia demonstrou hiperecogenicidade parotídea com cones de sombra acústica (figura 2). A hemocultura, em aerobiose e anaerobiose, foi negativa.



Figura 2 – Ecografia parotídea: hiperecogenicidade com cones de sombra acústica

¹ Serviço de Pediatria. Centro Hospitalar do Porto – Unidade Hospital Maria Pia.

Foi instituída terapêutica com amoxicilina + ácido clavulânico em regime de ambulatório. Reavaliado 48h mais tarde, foi constatada resolução clínica (em 24h) analítica (amilase 143U/l) e radiológica. A pesquisa de anticorpos para o vírus da parotidite epidémica revelou IgG positiva e IgM negativa.

Pesquisando uma possível etiologia, a mãe da criança revelou que esta teria estado a encher balões na tarde de aparecimento da sintomatologia. Em seis meses de seguimento não se verificaram novos episódios.

DISCUSSÃO

Perante a identificação de um factor desencadeante, a presença de ar no parênquima parotídeo (sinais sugestivos ao exame físico e alterações imagiológicas compatíveis) e a evolução do quadro clínico, foi colocado o diagnóstico de pneumoparótida por auto-insuflação.

Em condições normais diferentes factores anatómicos evitam a entrada de ar e o fluxo retrógrado de saliva pelo canal parotídeo – pregas mucosas que rodeiam o orifício do canal promovendo o seu encerramento face ao aumento da pressão intra-oral; diâmetro do orifício menor do que o do canal; e compressão adicional do canal resultante da contracção do músculo bucinador^(3,6,7). Em alguns casos, aumentos significativos da pressão intra-oral (dos 2-3mmHg normais para valores que podem atingir 140-150mmHg) podem sobrepor-se a estes mecanismos protectores, condicionando assim a entrada retrógrada de ar e saliva^(4,6-8).

Do ponto de vista etiológico podem ser considerados diferentes grupos (Quadro I), destacando-se as causas auto-induzidas. A maioria dos casos descritos na literatura corresponde a situações de auto-insuflação, como resultado de diversos comportamentos, involuntários ou intencionais^(1,4-6). Segundo Goguen *et al*⁽⁶⁾ o factor causal identificado no doente apresentado – encher balões – já foi descrito anteriormente por outros autores.

Caracteristicamente os doentes apresentam história de tumefacção parotídea, uni ou bilateral, de instalação súbita e resolução rápida, autolimitada

(minutos a alguns dias), tal como se verificou no doente descrito⁽³⁻⁶⁾. Frequentemente verifica-se história pregressa de episódios recorrentes, de características similares, embora possa ocorrer como um fenómeno isolado, de acordo com o factor desencadeante⁽⁴⁻⁶⁾. A presença de crepitações subcutâneas e a visualização de saída de saliva “espumosa” pelo canal parotídeo com a massagem parotídea constituem as alterações mais típicas ao exame objectivo, ainda que a sua ausência não exclua o diagnóstico^(2,3,5,6). Podem estar presentes sinais inflamatórios ligeiros, tais como dor, calor ou rubor. De salientar que os doentes apresentam bom estado geral, ao contrário do aspecto séptico que seria de esperar face a uma infecção por microorganismo produtor de gás^(3,5,6).

Durante os episódios agudos, especialmente nos casos em que o diagnóstico é duvidoso, a obtenção de marcadores inflamatórios, serologias víricas e títulos de autoanticorpos negativos permite excluir outras causas de tumefacção parotídea^(1,5). Os exames imagiológicos, nomeadamente a telerradiografia, a ecografia e/ou a tomografia computadorizada podem demonstrar a presença de ar na região parotídea, sendo úteis para afirmação do diagnóstico^(3,5,6). A sialografia é um exame que pode ser útil nos casos recorrentes, dado que permite identificar sialectasias e/ou litíase^(5,6).

Na fase aguda, a eventual ruptura do sistema canalicular e da cápsula parotídea permite a extensão do ar pelos planos locais e regionais – face, pescoço

e, mais raramente, mediastino^(1,3,8). Neste contexto, a presença de enfisema subcutâneo significativo justifica a realização de telerradiografia torácica, para exclusão de pneumotórax e/ou pneumomediastino⁽⁶⁾. Nos casos recorrentes a repetição quer do refluxo de ar e saliva, quer da contaminação microbiológica, predispõe ao desenvolvimento de sialectasias e episódios de parotidite^(1,2,4,6).

A abordagem terapêutica da pneumoparótida depende da etiologia. Nos episódios agudos devem ser instituídas medidas conservadoras, com tranquilização do doente, anti-inflamatórios e, segundo alguns autores, antibioterapia profiláctica⁽⁴⁻⁶⁾. Nos casos recorrentes o diagnóstico correcto, com identificação do evento desencadeante e aconselhamento sobre a importância da respectiva evicção, constitui a medida mais eficaz^(1,2,5,6). Nas situações ocupacionais devem ser ensinados métodos para diminuir a probabilidade de insuflação de ar, nomeadamente a contracção do músculo bucinador enquanto sopram^(5,6). O apoio psicológico deve ser disponibilizado para os doentes em que se suspeita de patologia do foro psiquiátrico, tendo em vista a modificação comportamental^(4,5). Por último, o tratamento cirúrgico, que deverá ser reservado para as situações em que as medidas médicas não resultaram. Até à data foram descritas diferentes técnicas cirúrgicas, nomeadamente plicatura do canal parotídeo, reposicionamento do canal ou mesmo parotidectomia^(1,4,5).

Quadro I – Grupos etiológicos e factores causais de Pneumoparótida⁽³⁻⁷⁾

Grupos etiológicos	Factores Causais
Ocupacional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ “Glassblowers” ▪ Músicos – instrumentistas de sopros ▪ Mergulhadores
Iatrogénica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tratamentos dentários ▪ Espirometria ▪ Acto anestésico
Auto-induzida	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manobra de <i>Valsalva</i> ▪ Encher balões ▪ Assoar do nariz ▪ Encher pneus de bicicleta directamente com a boca
Outros	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Doenças pulmonares crónicas (fibrose quística; doença pulmonar obstrutiva crónica) ▪ Alterações anatómicas dos mecanismos protectores (hipertrofia do músculo masséter; hipotonia do músculo bucinador; canal parotídeo patuloso) ▪ Traumatismo da face

Em conclusão, a pneumoparotida é uma causa rara de tumefacção parotídea, sendo um dos diagnósticos diferenciais obrigatórios no estudo de episódios recorrentes de tumefacção parotídea. A identificação de um factor desencadeante na história clínica, a presença de alterações típicas ao exame objectivo e a confirmação imagiológica da presença de ar na glândula constituem elementos chave para o sucesso diagnóstico.

BILATERAL PAROTID SWELLING WITH CREPITUS

ABSTRACT

The presence of air within the parotid gland is called pneumoparotid. This is a rare cause of parotid swelling and is associated to many precipitant factors.

A seven-year-old boy was seen at the Emergency Department due to a sudden bilateral parotid swelling. The physical examination revealed a crepitus in the parotid glands. Radiography and ultrasonography suggested the presence of air. This acute episode was self-limited with complete resolution within forty-eight hours. Clinical history revealed that the

child had been filling up balloons before the symptoms began.

An early diagnosis avoids recurrent attacks and is based on the identification of air within the parotid gland associated with the existence of precipitant factors.

Key Words: Parotid swelling; Pneumoparotid; Pneumossaladenitis; Subcutaneous emphysema

Nascer e Crescer 2010; 19(1): 17-19

BIBLIOGRAFIA

1. Gudlaugsson O, Geirsson AJ, Benediksdóttir K. Pneumoparotitis: a new diagnostic technique and a case report. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1998; 107:356-8
2. Mandel L, Kaynar A, Wazen J. Pneumoparotid: a case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1991; 72:22-4
3. Kirsch CM, Shinn J, Porzio R, Trefelner E, Kagawa FT, Wehner JH et al. Pneumoparotid due to Spirometry. *Chest.* 1999; 116:1475-8
4. Han S, Isaacson G. Recurrent pneumoparotid: Cause and treatment. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2004; 131:758-61
5. Grainger J, Saravanappa N, Courteney-Harris RG. Bilateral pneumoparotid. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2006; 134(3):531-2
6. Goguen LA, April MM, Karmody CS, Carter BL. Self-induced Pneumoparotitis. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1995; 121:1426-9
7. Ferlito A, Andretta M, Baldan M, Candiani F. Non-occupational recurrent bilateral pneumoparotitis in an adolescent. *J Laryngol Otol.* 1992; 106:558-60
8. Birzgalis AR, Curley JW, Camphor I. Pneumoparotitis, subcutaneous emphysema and pleomorphic adenoma. *J Laryngol Otol.* 1993; 107:349-51

CORRESPONDÊNCIA

Isabel Couto Guerra
Serviço de Pediatria
CHPorto – Unid. Hospital Maria Pia
Rua da Boavista, 827
4050-111 Porto
TM: (+351) 919 038 096
E-mail: isabelcoutoguerra@sapo.pt